ZDROWIE I ŻYCIE

DZIENNIK URZĘDOWY IZBY ZDROWIA W GENERALNYM GUBERNATORSTWIE

Numer 18 (35). Rocznik II. | Kraków, 4. 5. 1941 r.

Redaktor: Dr med. Werner Kroll, Kraków, Krupnicza 11a, tel. 10524. — Wydawnictwo: Gesundheitskammer, Kraków, Krupnicza 11a, tel. 10524. — Odpowiedzialny za dział ogłoszeń: W. von Würzen, Kraków, Krupnicza 11a. — Rachunek bankowy: Gesundheitskammer — w Creditanstalt-Bankverein, Kraków, Adolf Hitlerplatz, róg Szewskiej. — Pocztowe konto czekowe: Warszawa 73. — Adres telegraficzny: Gesundheitskammer, Kraków. — Prenumerata Zł. 3.— miesięcznie. Wszystkie urzędy pocztowe przyjmują zamówienia. — Czasopismo ukazuje się co tydzień.

Artykuły dla części redakcyjnej nadsyłać wyłącznie pod adresem: Redakcja „Zdrowie i Życie", Kraków, Krupnicza 11a, lub do Oddziału Warszawskiego, Warszawa, Koszykowa 37 (Okręgowa Izba Zdrowia). Rękopisy nadsyłać można bądź to w języku polskim bądź to niemieckim. — Korespondencję w sprawie ogłoszeń, zwłaszcza ogłoszeń pod szyfrą, kierować wyłącznie: Wydawnictwo Gesundheitskammer, Kraków, Krupnicza 11a.

Nie zamówione rękopisy zwraca się tylko w wypadku dołączenia opłaty pocztowej w odpowiedniej wysokości.

TREŚĆ:

O zagadnieniu prostytucji i chorób wenerycznych

Napisał: Dr. Buurman, Miejski Radca Sanitarny, Kraków.

(Ciąg dalszy)

W odróżnieniu od Skandynawii walka przeciwko zakażeniu wenerycznemu w Anglii opiera się **na dobrowolności.** Angielska literatura lekarska jest uboga w zasadnicze rozważania o zagadnieniu chorób wenerycznych. W streszczeniu stosunki angielskie przedstawiają się w ten sposób, że na ogół w przeciwieństwie do Niemiec nie istnieje przymus leczenia, obowiązek zgłaszania i obowiązek ujawniania (źródło zakażenia!). Chorym zapewniono tanią lekarską pomoc w ambulatoriach. Osobom niezamożnym zwraca się nawet koszta podróży, a bezpłatne leczenie do zupełnego wyzdrowienia przyznaje się każdemu, kto tego zażąda. Jeżeli chorzy powstrzymują się od leczenia, upomina się ich dyskretnie w drodze pisemnej o ponowne zgłoszenie się. Lekarze praktykujący otrzymują bezpłatnie salwarsan od państwa, tak samo postawiono im bezpłatnie państwowe laboratoria do dyspozycji dla badań krwi, surowicy, oraz badań mikroskopowych. Wydatki na laboratoria i poradnie przejmuje w 75% państwo, w 25% gmina. Wprawdzie nie istnieje zakaz leczenia dla znachorów, jednakże zabroniono leczenia się u osób nie posiadających uprawnienia do praktyki lekarskiej w tych miejscowościach, gdzie chorzy wenerycznie mogą się leczyć na rachunek publiczny. Nie istnieją też żadne specjalne postanowienia odnoszące się do prostytucji. Prostytutki mogą być przymusowo badane tylko przez lekarza sądowego i tylko wówczas, gdy są skazane na więzienie. Natomiast próbuje się oddziaływać moralnie na prostytutki przy pomocy opiekunek, będących funkcjonariuszkami policyjnymi, i nakłonić je w przypadku zachorowania do poddania się leczeniu.

Scott w swojej „Historii prostytucji od starożytności do teraźniejszości" zdaje sprawę z ostatnich prób zupełnego zgniecenia prostytucji w Anglii:

„Naród angielski odrzucał zawsze z głębokiego przekonania reglamentację, ponieważ dopatruje się w niej **uznania nierządu.** Wedle obowiązującego prawa angielskiego, prostytucja sama w sobie nie jest dostatecznym powodem do jakiegokolwiek wkraczania władz. Przeciw prostytucji można wystąpić tylko wówczas, jeżeli ona narusza jakieś postanowienie ustawowe. Na wszelki wypadek domaga się od urzędnika policyjnego szczegółowego dowodu jakiegoś naruszenia ustawy przez prostytutkę, który to dowód w praktyce trudno jest przeprowadzić.

Częściowo z tego powodu, częściowo wskutek coraz lepszego zachowania się prostytutek na ulicy, wreszcie także i z powodu przyrostu postaci mieszanych i „prostytucji amatorskiej" liczba ustalonych policyjnie jawnych prostytutek silnie spadła. Domy publiczne są zakazane. Dla pojęcia domu publicznego wedle prawa angielskiego wymagana jest większa ilość kobiet, oddających się nierządowi, jak również to, ażeby dotycząca nieruchomość (dom) przynajmniej przez 6 dni pod rząd była użyta do tego celu. Ten przepis prawny omija się przez to, że wielu właścicieli domów publicznych korzysta z większej ilości budynków, ale z żadnego nie korzysta przez 6 dni pod rząd."

Przeciw regularnemu lekarskiemu badaniu dziew-

cząt ulicznych angielscy autorowie podnoszą następujące zarzuty:

1) nie bada się wcale mężczyzn,
2) tak samo nie rejestruje się „prostytutek z amatorstwa“,
3) badanie lekarskie z konieczności mogłoby być tylko pobieżne,
4) pobieżne także miałoby być i leczenie,
5) kobiety mogłyby i tak zachorować między dwoma badaniami i zarażać odwiedzających,
6) wiele prostytutek mogłoby zarażać, chociaż choroba u nich nie dałaby się stwierdzić.

Kiłę ocenia się obecnie w Anglii na 0,52%.

Francja w przeciwieństwie do Skandynawii, Anglii i wielu innych krajów, w których zwyciężyła myśl zdrowotnej opieki społecznej, **jest klasycznym krajem reglamentacji,** która istnieje tu od 100 lat przeszło w prawie niezmienionej postaci. W poszczególnych miastach kontrolę uregulowano na podstawie miejscowych przepisów policyjnych. Dobrowolne rejestrowanie się pełnoletnich prostytutek nadzoruje policja. Wpisy niepełnoletnich i każdy przymusowy wpis do rejestru pozostawiono osobnej komisji. Od czasu wojny światowej istnieje wielka liczba poradni, ambulatoriów i poradni dla matek.

Young tak ocenia możliwości francuskie: „We Francji już dawno nabrano przekonania, że choroby weneryczne można by wytępić metodami szwedzkimi, **ale słabość narodu francuskiego w stosunku do wolności osobistej jest tak wielka,** że nie byłoby tu możliwe wprowadzenie intensywnej kontroli podobnej do systemu skandynawskiego. Temperament francuski jest tego rodzaju, że każda próba wprowadzenia obowiązku zgłaszania się, czy choćby tylko założenia kartoteki przepędziłaby, chorych od lekarza w ręce znachora“.

Jeżeli w końcu zapytamy, jakimi drogami kroczyć należy dla zwalczania chorób wenerycznych, to mogę tu spośród olbrzymiej ilości tych dróg wskazać kilka, które wydają mi się szczególnie istotnymi.

Na czoło wysuwam żądanie, ażeby walkę przeprowadzono wedle wielkich jednolitych punktów widzenia i aby ona była kierowana przez specjalistów. Tak jak walkę z gruźlicą prowadzi się za pośrednictwem lekarzy-specjalistów, także i zwalczanie chorób wenerycznych musi się przeprowadzić przy użyciu lekarzy-specjalistów, albo specjalnie doszkolonych lekarzy. Ocenianie chorób wenerycznych wchodzi w zakres specjalnej dziedziny medycyny: zapewnienie pewności rozpoznania przy pomocy mikroskopu, serologii i posiewu poprzez należyte ocenienie objawów klinicznych możliwe jest tylko dla lekarza-specjalisty. Tak samo orzekanie o konieczności leczenia i rodzaju leczenia jest rzeczą lekarza-specjalisty.

Odpowiednio do ustawowego uregulowania zwalczania chorób wenerycznych w Rzeszy, w Generalnym Gubernatorstwie i w innych europejskich państwach, musi się wymagać **przymusu zgłaszania.** Bez ujawnienia chorego nie istnieje możliwość istotnej walki z chorobą. Także Anglia i Holandia będą musiały pewnego dnia przekonać się, że samo zwalczanie bez przymusu leczenia jest beznadziejne. Czy ma się obstawać przy bezwarunkowym przymusie zgłaszania, jak to jest w Generalnym Gubernatorstwie i obecnie w Rzeszy, czy też przy warunkowym przymusie zgłaszania, jak to było przedtem w Rzeszy, to zależeć musi od potrzeb zaistniałej sytuacji. Istnieją okresy, jak n. p. teraz podczas wojny, w których bezwarunkowy przymus zgłaszania prowadzi do celu raczej niż fałszywe względy dla życzeń chorego, o którym nie wiemy nawet, czy on przecież nie jest nastawiony aspołecznie. Rozumie się samo przez się, że postępuje się przy tym z należytymi względami dla chorego.

Ażeby nadzór zdrowotny i opiekę społeczną rozciągnąć na możliwie największe koło szczególnie zagrożonych i niebezpiecznych osób, muszą wszystkie kobiety oddające się prostytucji (także mniej czy więcej „tajnej“) być zobowiązane pod karą do dobrowolnego zarejestrowania się u władz zdrowotnych i to zarówno przy rozpoczęciu zawodu, jak też przy każdym późniejszym przeniesieniu się do innej miejscowości.

Tak samo ważnym, jak przymus rejestrowania, jest również i **przymus badania.** Lekarz urzędowy, który na stanowisku centralnym kieruje walką z chorobami wenerycznymi, musi w wątpliwym przypadku mieć możliwość wyjaśnienia, czy podejrzenie zachorowania potwierdza się, czy też nie. Żądanie to ma decydujące znaczenie w wyszukiwaniu źródeł zakażenia.

Osoby podejrzane jako źródła zakażenia zasadniczo należy skierować do stałej obserwacji i badania. W badaniu ambulatoryjnym ta ważna sprawa wyjaśniona być nie może, ponieważ przez sprzeczne z prawem nabywanie nowoczesnych środków leczniczych utrudnia się nieraz lub uniemożliwia wykazanie zarazków chorobowych.

Do bezwarunkowych wymogów walki z chorobami wenerycznymi należy dalej **przymus leczenia.** Także i w tej dziedzinie ustawodawca w Generalnym Gubernatorstwie wytworzył w zadawalający sposób jasne stosunki. (Ciąg dalszy nastąpi)

O epidemii zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych

Napisał: Dr. Władysław Szumowski, Kraków.

Epidemia opon mózgowo-rdzeniowych panuje na Węgrzech już trzeci rok od r. 1939 z dość znacznym nasileniem. Chorych się liczy tam na tysiące. Ponieważ epidemie takie łatwo się przesuwają z kraju do kraju, zwłaszcza podczas wojny, a nadto medycyna posiada obecnie nowe cenne środki do jej zwalczania, jest rzeczą na czasie poświęcić tutaj tej chorobie bliższą uwagę. Przede wszystkim zawsze ciekawe i żywotne są te wiadomości, które podaje epidemiologia.

W XIX wieku najsilniejsze epidemie zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych występowały we Francji, i to najwięcej wśród wojska, w koszarach, fortecach, zakładach karnych. Oto typowy obra-

zek, jak się szerzyła ta epidemia w tym kraju 100 lat temu.

W roku 1838 epidemia przeniosła się z zapowietrzonego departamentu Landes do Rochefort razem z pułkiem przeniesionym do tej miejscowości; pod koniec roku wystąpiła w Bagno wśród skazańców i zatrudnionego tamże wojska oraz osób cywilnych z dość znacznym nasileniem. Równocześnie rozwinęła się, także zawleczona z departamentu Landes, epidemia na południu Francji z głównym ogniskiem w okolicy Tuluzy wśród załogi wojskowej w Nismes, Tulonie, następnej zimy wśród wojska w Awinionie. W r. 1839 ten sam wyżej wymieniony pułk, który niebawem opuścił Rochefort, przeniósł epidemię ze sobą do Wersalu, gdzie choroba szerzyła się dalej nagminnie wśród żołnierzy tegoż a potem i innych pułków. W roku 1840 choroba objęła nowe obszary na północo-wschodzie i północo-zachodzie Francji; naprzód w dorzeczu Loary w Laval, Le Mans, potem w Poitiers, Tours, Blois, Nantes i innych miejscowościach, gdzie ukazywały się epidemie wśród wojska i ludności cywilnej. Na północo-zachodzie przeskoczyła epidemia zimą 1840/1 roku do Brest, Caen, a na wiosnę 1841 roku do Cherbourga, szerząc się wyłącznie wśród wojsk lądowych i morskich. W ciągu zimy 1839/40 roku ukazała się epidemia wśród załogi w fortecy Metz; na jesieni 1840 r. była w Strasburgu, naprzód tylko wśród wojska, potem od lata 1841 także i wśród pozostałej ludności; prawie w tym samym czasie zagnieździła się epidemia w wielu miejscowościach Alzacji wśród wojska; podobnie w r. 1841 w Nancy i w r. 1842 w Kolmarze panowała tylko wśród żołnierzy. Tak samo w latach 1841—1842 zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych występowało tylko w koszarach w Perpignan, Montbrison, Marsylii i Lyonie; jedynie w Aigues-Mortes złośliwa epidemia nawiedziła przeważnie ludność cywilną.

Po kilkuletniej przerwie, podczas której zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych występowało tylko sporadycznie, wybuchła epidemia na nowo w latach 1846—1848 w wielu miastach francuskich znowu przeważnie wśród wojska.

Równocześnie, gdy epidemia szerzyła się w r. 1840 na francuskiej ziemi, przeniosła się choroba do Algieru, gdzie były liczne przypadki wśród załóg wojskowych w prowincji Constantine, w r. 1841 w mieście Algierze, a zimą 1841/2 w wielu miejscach prowincji Constantine i Algieru. Chorowała także i miejscowa ludność. W następnych latach znowu wybuchała epidemia w różnych załogach Algieru, po czym największe nasilenie wystąpiło w r. 1846/7 już w całym kraju, pociągając za sobą liczne ofiary.

Nie będziemy dalej opisywali morderczych epidemii XIX wieku w innych krajach, wspomnimy tylko krótko, że w Szwecji w r. 1854 wybuchła epidemia, która w ciągu kilku lat zabrała 4139 ofiar. Jeszcze silniejsza była epidemia w latach 1843—1850 w Stanach Zjednoczonych, gdzie się przenosiła ze stanu do stanu i z miasta do miasta, zabierając bardzo dużo ofiar, zwłaszcza wśród żołnierzy i rekrutów.

Dane epidemiologiczne XIX wieku, uważnie rozpatrzone przez H. Jaegera, sprawiły, że uczony ten lekarz nazwał zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych chorobą żołnierzy, albo chorobą koszarową. Jakkolwiek Weichselbaum i Jaeger wykryli w r. 1899 swoisty zarazek tej choroby, nazwany przez nich *Diplococcus intracellularis meningitidis*, to jednak brak do tej pory jasnych i pewnych wiadomości, jaki zespół przyczyn wywołuje chorobę i jakimi drogami się ona szerzy.

Sprawozdania epidemiologiczne podają zgodnie, że zarówno przypadki sporadyczne, jak i epidemie przypadają najczęściej na zimę i wiosnę. Potwierdza się też zawsze fakt, że na chorobę tę zapadają najczęściej dorośli od 30—40 lat, oraz dzieci; że zewnętrzne, pod względem higienicznym niekorzystne warunki życia w sposób dotąd bliżej niewyjaśniony wpływają wyraźnie na powstawanie i szerzenie się choroby. Okazało się, że jakieś szczególne działanie czynników szkodliwych występuje najłatwiej w koszarach, sierocińcach, więzieniach, obozach. Zauważono też, że w niektórych miastach pewne ulice albo pewne grupy domów okazują jakby szczególną skłonność do tego, że tam się właśnie zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych najłatwiej zagnieżdża.

Śmiertelność w zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych jest rozmaita, wynosząc zwykle od 30—40%, ale bywa niekiedy jeszcze wyższa, niekiedy zaś znowu bywa mała, nie spadając jednak poniżej 19—20%.

Kraków i jego okolice często bywały nawiedzane przez epidemie zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Prócz sporadycznych przypadków były dwie znaczniejsze epidemie, jedna w latach 1875—1880, druga w r. 1893. Podczas tej ostatniej epidemii zachorowało w Krakowie 268 osób, a śmiertelność wynosiła 82%. Na kilka lat przed obecną wojną liczba przypadków tej choroby w Polsce wyraźnie się wzmogła. Gdy w r. 1934 zgłoszono w całym kraju 539 przypadków (zmarło 25%), to w r. 1935 było 1075 przypadków (zmarło 20%), w r. 1936 — 1322 przyp. (zmarło 19%), w r. 1937 — 1812 przyp. (zmarło 20%).

W samym Krakowie w r. 1937 było 14 przypadków (zmarło 7), w r. 1938 — 19 przyp. (zmarło 7), w r. 1940 — 62 przypadków, z czego zmarło 23, tj. 37%. W ten sposób w Krakowie w r. 1940 była już wyraźna epidemia. Być może, jakieś bliżej nieznane wspólne czynniki były przyczyną tak epidemii na Węgrzech, jak też epidemii w Krakowie w r. 1940.

Dr. Nádosy (Münch. med. Woch. 1940, Nr. 49) podaje, że w latach 1922—1938 zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych występowało na Węgrzech tylko sporadycznie, po 23—94 przypadki rocznie w całym kraju, ze śmiertelnością 22—74%. Poważna epidemia zaczęła się dopiero w r. 1939, w którym zgłoszono 509 zachorowań ze śmiertelnością 33%. W r. 1940 do 24 sierpnia zanotowano 3035 zachorowań, przy czym śmiertelność spadła do 18.5%.

Należy powątpiewać według tego autora, żeby przyczyną choroby był wyłącznie meningococcus Weichselbauma, częściej bowiem, niż kiedykolwiek, znajdowano obecne w płynie mózgowo-rdzeniowym i inne drobnoustroje, jak pneumokokki, ziarenkowce, gronkowce, prątki gruźlicy, grypy. Jak się zdaje przy tym, samo wtargnięcie zarazka nie wystarcza; do rozwoju choroby potrzebne jest jeszcze usposobienie. Wchodzą tu zdaje się jeszcze w rachubę jakieś bliżej nieznane czynniki, być może natury kosmicznej, które zwiększają w niektórych latach usposobienie ludzi do tej choroby.

Za tezą, że samo wtargnięcie zarazka nie wystarcza, przemawiają liczne obserwacje, poczynione podczas obecnej epidemii węgierskiej. Dzieci chore na zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych leżały z początku w pawilonie dziecięcym razem z innymi dziećmi, jednak nie było ani jednego przypadku zakażenia „szpitalnego". Podczas całej epidemii nie za-

raził się ani jeden lekarz, ani jedna pielęgniarka, jakkolwiek pielęgniarki asystowały przy nakłuciu lędźwiowym bez maski, a chorzy wielokrotnie oddychali i kaszlali im prosto w twarz. Chociaż lekarze i pielęgniarki przebywali wciąż w atmosferze meningokokków i zakażenie kropelkowe było tyle razy możliwe, to jednak badanie bakteriologiczne gardła lekarzy i pielęgniarek nie wykazało ani razu obecności dwoinek.

Mała śmiertelność epidemii w r. 1940 (18.5% i nawet jeszcze mniej) wpada od razu w oczy, żaden kraj bowiem w ciągu stu kilkudziesięciu lat nie wykazywał tak niskiej śmiertelności. Możnaby w pierwszej chwili myśleć, iż udoskonalenie metod diagnostycznych sprawiło, że ilość notowanych zachorowań się zwiększyła przy tej samej ilości zmarłych, ale przy bliższym zastanowieniu trzeba przyznać, że przecież w r. 1940 nie powstała żadna nowa metoda diagnostyczna, a jednak w poprzednich latach śmiertelność była znacznie większa, nawet w r. 1939 zmarło 33%. Możnaby też myśleć, że *genius epidemicus* w tej epidemii się zmniejszył w r. 1940, albo że w dalszym ciągu epidemii będzie więcej ciężkich przypadków i ogólna śmiertelność w sumie się podniesie, albo możnaby też spadek śmiertelności w r. 1940 odnieść do wprowadzenia w tym właśnie roku nowych środków chemicznych do leczenia zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Ten ostatni wniosek jest najprawdopodobniejszy i najważniejszy.

Nowe zdobycze chemoterapii w tej dziedzinie stały się dostępne w r. 1940. Preparaty należą do grupy sulfamidowej: jeden, dwuparaaminobenzolosulfamidotetrametylothiazol, krótko zwany „sulfathiazol" („Ultraseptyl" firmy Chinoin) i drugi, dwusulfanilyloaminopirydyna, albo para-aminobenzolosulfo-alfa-pirydynamid, krótko zwany „sulfapyridin" („Ronin" firmy Wander). Ponieważ swoiste surowice lecznicze istniały już przed r. 1940, nie zmniejszając wcale śmiertelności, przeto trzeba obecne pomyślne wyniki odnieść jedynie do działania środków chemicznych.

Nádosy miał 57 przypadków w obserwacji szpitalnej w szpitalu św. Władysława w Budapeszcie. Był to oddział kobiecy. Najmłodsza pacjentka miała 10 lat, najstarsza 68. Zmarło 7 chorych, tj. zaledwie 12%, więc jeszcze mniej, niż w całym kraju, jakkolwiek do szpitala nie przychodzą przypadki najlżejsze, lecz najcięższe. Męski oddział prowadził dr Farago, który miał 42 chorych ze śmiertelnością również 12% przy tych samych metodach leczniczych.

Spośród 57 chorych 3 leczono wyłącznie po staremu surowicą koni, uodpornionych miejscowymi szczepami meningokokków (z węgierskiej fabryki „Phylaxia"), ale wynik był niezachęcający, ponieważ 2 chore zmarły. Dwie chore w ogóle nie były leczone, lecz tylko obserwowane; z nich jedna zmarła. Natomiast znakomite wyniki dawała nowa chemoterapia. W 3-ch przypadkach stosowano tylko sulfapyridin i wszystkie chore wyzdrowiały. W 3-ch innych przypadkach zaczęto chore leczyć surowicą, gdy jednak nie znać było żadnego działania surowicy, zastosowano sulfapyridin, po czym wszystkie chore wyzdrowiały. W 41 przypadkach stosowano sulfapyridin i surowicę równocześnie; zmarły 4 chore. W 3-ch przypadkach stosowano sulfathiazol i surowicę równocześnie z wynikiem u wszystkich chorych pomyślnym. W 2-ch przypadkach chore otrzymały surowicę, sulfapyridin i sulfathiazol z wynikiem również pomyślnym. Gdyby te dane zesumować i obliczyć śmiertelność przy leczeniu chemicznym, otrzymalibyśmy 52 chore i tylko 4 zmarłe, co czyni 7.6% śmiertelności.

Chore otrzymywały sulfapyridin pierwszego dnia 5 razy po 1.0, drugiego dnia 4 razy po 1.0, trzeciego i czwartego dnia 3 razy po 1.0. Już na drugi dzień po rozpoczęciu leczenia chemicznego temperatura spadała i wyzdrowienie następowało szybko. Niektóre chore otrzymywały sulfapyridin w ciągu 4—5 dni 3 razy dziennie po 1.0. Ogólna ilość podawanego leku wynosiła zwykle razem 12.0—17.0 g. U niektórych chorych jedna seria leczenia nie wystarczała i trzeba było zastosować jeszcze i drugie „pchnięcie sulfapyridinowe", a nawet wyjątkowo i trzecie. W ten sposób jedna chora otrzymała w ciągu 5 tygodni razem 50.0 g sulfapyridinu. Ubocznego działania nowego środka nie zauważono. W jednym przypadku 10-letnia dziewczynka zniosła bardzo dobrze 15.0 g sulfapyridinu, który zażywała w ciągu 6 dni. U niektórych bardziej wrażliwych chorych występowało jedynie przemijające sine zabarwienie skóry i błon śluzowych, które jednak w 2—3 dni po „pchnięciu" rozchodziło się bez śladu. W nielicznych przypadkach, w których występowały wymioty, podawano sulfapyridin w czopkach.

Sulfathiazol działa podobnie jak sulfapyridin, musi być tylko podawany dłużej i w większych dawkach, wskutek czego całość leczenia wypada mniej ekonomicznie.

Nádosy nie zdobył się na zarzucenie zupełne starego leczenia surowicą i stosował nieraz chemoterapię i seroterapię razem. Sądzi, że na początku choroby trzeba leczyć chemicznie, a w cięższych przypadkach tylko stosować jeszcze dodatkowo i surowicę. Niektóre chore w ten sposób otrzymywały 3—4 razy, po wypuszczeniu 30—40 cm³ płynu mózgowo-rdzeniowego, po 20 cm³ surowicy dolędźwiowo, przy tym co dzień albo co drugi dzień 20 cm³ dożylnie albo 20—50 cm³ domięśniowo. O stosowaniu polecanych przez Lewkowicza wstrzykiwań surowicy dokomorowych autor nie wspomina. Wstrzykiwanie surowicy ma zawsze tę niemiłą stronę, że nieraz występuje w ½—1 minuty po nim wstrząs anafilaktyczny w postaci choroby posurowiczej, pokrzywki, świądu, bólu w stawach. Leczenie chemiczne i pod tym względem przewyższa leczenie surowicą, że wolne jest od podobnego niemiłego działania ubocznego.

O skuteczności nowych środków chemicznych można będzie mówić ze ścisłością przyrodniczą oczywiście dopiero po roku lub dwóch latach, następujące bowiem warunki muszą być wprzód spełnione:

Musi się okazać, że koniec epidemii nie będzie cięższy, niż dotychczasowe jej odcinki.

Prócz tego należy wykonać jeszcze następujący eksperyment: Połowa (powiedzmy: 100) wszystkich w danym miejscu i w danym czasie leczonych przypadków otrzymuje surowicę, druga połowa takich samych chorych — wyłącznie środki chemiczne. Jeśli się okaże, że wyniki lecznicze w drugiej grupie są lepsze, niż w pierwszej, wtedy dopiero będzie usprawiedliwiony wniosek ostateczny, że środki chemiczne są w leczeniu skuteczniejsze, niż surowica.

Z powodu zgonu prenumeratora naszego pisma felczera Leona Wiewiórki, Izba Zdrowia — zakres rzeczowy prasa — wypłaciła pozostałej wdowie Reginie Wiewiórka w Warszawie, ul. Prosta 4, premię ubezpieczeniową Zł 100·—.

Sprawozdanie

z działalności Działu Zawodowego: Izby Lekarsko-Dentystyczne w Izbie Zdrowia za okres od listopada 1939 r. do 31 grudnia 1940 r.

Opracował: lek.-stom. J. Łączyński. Zarządca Działu Zawodowego: Izby Lekarsko-Dentystyczne w Izbie Zdrowia, Kraków.

Podział na okresy działalności

Okres sprawozdawczy podzielić należy zasadniczo na trzy okresy działalności, których granice zaznaczają się mniej więcej wyraźnie przy tworzeniu Izby Zdrowia w Generalnym Gubernatorstwie.

Okres pierwszy, przejściowy, rozpoczynający się po zakończeniu działań wojennych na terenie Generalnego Gubernatorstwa — trwa do chwili wydania przez Generalnego Gubernatora w dniu 28. II. 1940 r. rozporządzenia o utworzeniu Izby Zdrowia w Generalnym Gubernatorstwie.

Okres drugi, trwający od chwili wydania rozporządzenia o utworzeniu Izby Zdrowia do mniej więcej 30 czerwca 1940 r., tj. okres wstępnych prac organizacyjnych z jednoczesnym przeprowadzaniem stopniowej likwidacji i przekształceniem dotychczasowych form organizacyjnych zawodowych (Izby Lekarsko-Dentystyczne).

Okres trzeci — kształtowania się, stopniowego rozwoju prac i krzepnięcia form organizacyjnych działu zawodowego Izby Lekarsko-Dentystyczne w Izbie Zdrowia Generalnego Gubernatorstwa.

I. Okres pierwszy

W tym okresie nie istniała jeszcze Izba Zdrowia, zaś sprawy instytucji prawa publicznego zawodów leczniczych (Izby) łącznie ze sprawami organizacyj zawodowych (związki i stowarzyszenia) innych zawodów, które weszły następnie w skład Izby Zdrowia, podporządkowane zostały Wydziałowi Zdrowia w Urzędzie Generalnego Gubernatora, a w okręgach Wydziałom Zdrowia (Abteilung Gesundheitswesen und gesundheitliche Volkspflege) przy poszczególnych szefach okręgów.

Na wstępie zaznaczyć muszę, że wówczas Izba Lekarsko-Dentystyczna zgodnie z przepisami odnośnej ustawy zawiadywała **wyłącznie sprawami lekarzy-dentystów**. Uprawnieni technicy dentystyczni, technicy dentystyczni i laboranci techniczno-dentystyczni zgrupowani byli w swych organizacjach zawodowych i członkami Izby nie byli.

Na terenach Polski istniały pierwotnie cztery Okręgowe Izby Lekarsko-Dentystyczne, tj. Poznań, Wilno, Kraków i Warszawa, oraz Naczelna Izba Lekarsko-Dentystyczna z siedzibą w Warszawie. Terytorialne ukształtowanie się Generalnego Gubernatorstwa przekreśliło w następstwie Izby poznańską i wileńską oraz spowodowało, że w granicach poszczególnych okręgów znalazły się terytoria, które pierwotnie należały pod względem administracyjnym do jednej z tych dwu Izb. I tak w obrębie okręgu warszawskiego znalazły się terytoria, z których lekarze-dentyści należeli bądź do Izby wileńskiej (województwo warszawskie i białostockie) bądź do Izby poznańskiej (województwo łódzkie).

W tych warunkach powiększył się zasięg terytorialny Izby warszawskiej, która przedtem obejmowała wyłącznie lekarzy-dentystów miasta Warszawy.

Przeciwnie przedstawiała się sprawa Izby Lekarsko-Dentystycznej w Krakowie, od której odpadły terytoria b. województwa wołyńskiego, stanisławowskiego, tarnopolskiego i części województwa lwowskiego.

W chwili przeto utworzenia Generalnego Gubernatorstwa istniały teoretycznie dwie Izby okręgowe tj. Kraków i Warszawa o odmiennych od poprzednich zasięgach terytorialnych oraz Naczelna Izba Lekarsko-Dentystyczna.

Tabela Nr 1 daje obraz kształtowania się zasięgu terytorialnego izb lekarsko-dentystycznych i ilości lekarzy-dentystów w odniesieniu do terenu Generalnego Gubernatorstwa.

Tabela 1.

LEKARZE-DENTYŚCI NA TERENACH POLSKI

Okręgowe Izby Lekarsko-Dentystyczne	Ilość lekarzy-dentystów				UWAGI
	na dzień 1. IX. 1939	Na dzień 1. XI. 1939 r. Przybyło	Na dzień 1. XI. 1939 r. Ubyło	Stan na dzień 1. XI. 1939	
Kraków	744	—	315	429*	* Obejmuje okręgi: Kraków, Radom, Lublin
Poznań	735	—	698	—	
Warszawa	1354	244	—	1598*	* Obejmuje: Miasto Warszawę z okręgiem
Wilno	853	—	646	—	
Razem	3686	244	1659	2027	

Jak wynika z powyższej tabeli ilość lekarzy-dentystów na terenie Generalnego Gubernatorstwa w dniu 1 listopada 1939 r. powinna była wynosić sumarycznie 2.027, z czego na poszczególne okręgi przypada:

Okręg Kraków	— 119	
Okręg Lublin	— 145	
Okręg Radom	— 165	
Okręg Warszawa	— 1598	w tym miasto 1354 — powiaty 244)
ogółem	2027	

Teren Izby Kraków

W tym okresie Izbę Lekarsko-Dentystyczną w Krakowie, której Zarząd na skutek wypadków wojennych został zdekompletowany, uruchamia prezes Dominik łącznie z lek.-dent. Gauzą. Działalność ta z początku nie wychodzi w zasadzie poza ramy okręgu dystryktu krakowskiego, z czasem jednak obejmuje okręg radomski i lubelski jednak bez wielkich efektów z uwagi na trudności, mające swe źródło w braku w tych okręgach rozporządzalnego aparatu administracyjnego. Prace prowadzone przez Izbę Lekarsko-Dentystyczną w Krakowie zmierzają do przeprowadzenia rejestracji lekarzy-dentystów i ich ewidencyjnego uchwycenia, utworzenia biura pośrednictwa pracy dla bezrobotnych lekarzy-dentystów oraz ściągania zaległych i bieżących składek członkowskich. W tym okresie następuje również zespolenie w jednym lokalu Izby Lekarsko-Dentystycznej z Izbą Lekarską w Krakowie.

Teren Izby Warszawa.

Na terenie Warszawy szczegóły tego okresu przedstawiają się następująco:

Prezes Naczelnej Izby Lekarsko-Dentystycznej, lekarz-stomatolog J. Łączyński rozpoczyna starania, zmierzające do uruchomienia zarówno Izby Naczelnej jak i Okręgowej w Warszawie. Bezpośrednio więc po zaprzestaniu działań wojennych w Warszawie przybywa on dnia 9 października oraz powtórnie dnia 4 grudnia 1939 r. do Warszawy. Zastaje lokal Izby (ul. Marszałkowska 138) częściowo działaniami wojennymi uszkodzony, zaś zarządy zarówno Naczelnej Izby jak i Izby Okręgowej zdekompletowane. Następuje powołanie zarządów zastępczych, wyznaczenie tymczasowego zastępcy prezesa Naczelnej Izby (lek.-dent. Ujejski) oraz prezesa Izby Okręgowej (lek.-dent. Walicki). Na wspólnych posiedzeniach omawia się wytyczne dla rozpoczęcia działalności Izb, ustala wysokość strat w inwentarzu oraz zabezpiecza pozostały inwentarz i akta izbowe. Wkońcu prezes Naczelnej Izby zgłasza się do Dra Schrempfa, lekarza urzędowego przy Komisarzu m. Warszawy, informując go o tych sprawach, zaś następnie w styczniu 1940 r. po osiedleniu się w Warszawie obejmuje z powrotem swe stanowisko i odtąd kieruje pracami zarządów Izb Naczelnej i Okręgowej.

W tym okresie na zarządzenie Kierownika Wydziału Zdrowia przy Szefie Okręgu nastąpiło zespolenie w jednym lokalu Izby Lekarsko-Dentystycznej z Izbą Lekarską, jakkolwiek przeprowadzenie Izby Lekarsko-Dentystycznej de facto nastąpiło o wiele później, a mianowicie w kwietniu 1940 r.

Prace dokonane w tym okresie, były następujące: przeprowadzenie zarządzonej rejestracji lekarzy-dentystów w okresie do dnia 28 grudnia 1939 r., rozpoczęcie ściągania zaległych i bieżących składek członkowskich, uruchomienie biura Izby, przejęcie organizacji zawodowych lekarsko-dentystycznych (stowarzyszeń), zespolenie kasowości z kasowością Izby Lekarskiej, wykonanie poszczególnych poleceń Kierownika Wydziału Zdrowia (Abt. Gesundheitswesen u. gesundheitliche Volkspflege), a między innymi odebranie od członków Izby aryjczyków oświadczenia w miejsce przysięgi o ich aryjskim pochodzeniu, specjalnych kart rejestracyjnych dotyczących narodowości, przedkładania wniosków o osiedlenie się lekarzy-dentystów w Warszawie itp.

W tym okresie, jak i zresztą w następnym, sprawy techników dentystycznych jak i laborantów wobec braku wyraźnych w tym względzie zarządzeń nie były załatwiane przez Izbę lecz przez „Związek Zawodowy Techników Dentystycznych". (C. d. n.)

Bekanntmachungen
und Verordnungen, die den Gesamtumfang der Gesundheitskammer betreffen

Gesundheitskammer in Generalgouvernement

Krakau, den 26. April 1941

Die Firma Bayer hat mir einen Tonfilm über Kieferchirurgie zur Verfügung gestellt. Der Film läuft Anfang Mai in Warschau, anschließend in Krakau. Um die Raumfrage zu klären, bitte ich die Zahnärzte und Ärzte aus Krakau, die an der Vorführung teilnehmen wollen, ihre Meldung bis zum 8. Mai hierher zu geben. Unkosten entstehen nicht.

Zahnärztlicher Referent
Dr. Thiess

Obwieszczenia
i rozporządzenia dot. całokształtu Izby Zdrowia

Izba Zdrowia w Generalnym Gubernatorstwie

Kraków, dnia 26 kwietnia 1941

Firma Bayer postawiła do mej dyspozycji film dźwiękowy o chirurgii szczęk. Film będzie wyświetlany z początkiem maja w Warszawie, następnie zaś w Krakowie. Celem zapewnienia odpowiedniego miejsca wyświetlania proszę Panów Lekarzy-dentystów oraz Lekarzy z Krakowa, którzy chcą obejrzeć ten film, o nadesłanie zgłoszenia do mnie do dnia 8 maja. Pokaz będzie bezpłatny.

Referent lekarsko-dentystyczny
Dr. Thiess

Z. K. W. Kraków, ul. Piłsudskiego 19a.